第一フロンティア生命保険株式会社　お客さまサービス部　行

保険契約に関するお手続き連絡票 （耳や言葉の不自由なお客さま専用）

記載いただいたお手続き等に必要な書類をお送りいたします(お手続き完了には必要な書類をご返送いただく必要があります)。

◆お申出内容の□に「✓」チェックをご記入ください。なお、下記記載の項目以外のお手続きをご希望される方は、＜その他＞欄にご記入をお願い致します。

□ 保険契約の解約	□ 全解約　□ 一部解約　お受取りになりたいご希望額(　　円/米ドル/豪ドル/ユーロ)
□ 住所変更(契約者) ※右記に記載いただいた住所に変更致します。	〒(　　－　　) 転居予定日(　　年　　月　　日)※既に転居されている場合、転居予定日の記入は不要です。
□ 再発行	□ 保険証券　□ 生命保険料控除証明書
□ 口座変更	□ 定期支払金・定期給付金等の受取口座変更
□ 死亡保険金(給付金)の請求(被保険者死亡)	死亡日(　　年　　月　　日) 死因 (□ 病気　□ 事故災害　□ 自殺　□ 不明・その他)
□ 名義変更 ※右記へ詳細にご記入ください。	【記入例】死亡保険金受取人に指定している娘(第一 花子)が結婚をして姓が変わりました。改姓の手続き書類を送付してください。
□ 契約内容変更 ※右記へ詳細にご記入ください。	【記入例】死亡保険金受取人は娘(第一 花子)を指定しているが、息子2人(太郎、次郎)も死亡保険金受取人に追加したいので、書類を送付してください。
＜その他＞	

◆お客さまのご連絡先等(必ずご記入ください)。

上記のお手続きを行なうご契約の証券番号または証書番号(※)	証券番号(S からはじまる 11 桁(4 桁−5 桁−2 桁) S □□□□ — □□□□□ — □□		
	証書番号(P からはじまる 13 桁(4 桁−5 桁−2 桁−2 桁) P □□□□ — □□□□□ — □□ — □□		
お申出人・性別・生年月日	お申出人　様 □ 契約者　□ 死亡保険金(給付金)受取人 □ 年金受取人 □ その他(　　)	性別 男　女	生年月日 明治　大正　昭和　平成 年　月　日
ご住所(書類送付先)	□ 契約者の当社登録住所		
	□ 上記以外の住所　〒(　　－　　)		

※証券番号(証書番号)は、保険証券(保険証書)や当社からお送りする「ご契約状況のお知らせ」、「ご契約内容のお知らせ」等に記載されています。複数のご契約のお手続きをご希望される際は、その旨を＜その他＞欄に該当の証券番号(証書番号)とあわせてご記入ください。

当社では、お客さまの個人情報を以下の利用目的の達成に必要な範囲で利用いたします。
○各種保険契約のお引き受け・ご継続・維持管理、年金・保険金・給付金等のお支払い
○当社のグループ会社・関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供・ご契約の維持管理
○当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
○その他保険に関連・付随する業務
※各種商品・サービスの詳細は、当社ホームページ(http://www.d-frontier-life.co.jp/)でご覧いただけます。

【会社使用欄】	受付印	確認 1	確認 2